

**Protocolo de Manejo del
Paciente Crítico con Diarrea.
Comunidad de Madrid**

1 de Diciembre de 2011

ÍNDICE

<i>Autores</i>	3 – 4
<i>Introducción</i>	5 – 7
<i>Indicaciones de uso</i>	8
<i>Plan Asistencial</i>	9 – 13
<i>Paciente Quemado</i>	14
<i>Algoritmo</i>	15
<i>Glosario</i>	16
<i>Bibliografía</i>	17 - 18

AUTORES

Listado de autores del presente protocolo de cuidados.

- Irene Álvarez Angorrilla. Diplomada en Enfermería. UCI. Hospital Universitario de Alcorcón.
- M^a Victoria Cañal Revilla. Supervisora de Enfermería. UCI Médica. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- María Fernández-Clemente Plaza. Diplomada en Enfermería. Unidad de Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe.
- Guadalupe Fontán Vinagre. Supervisora de Enfermería. UCI Quirúrgica. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- M^a Jesús Frade Mera. Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Teresa García Marín. Diplomada en Enfermería. Unidad de Grandes Quemados. Hospital Universitario La Paz.
- David Hernández Rodilla. Diplomado en Enfermería. UCI Quirúrgica. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- Leonor Hernández Sánchez. Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- Dra Eva Herrero de Lucas. Médico Adjunto. UCI. Hospital Universitario La Paz.
- Mercedes López Fernández. Supervisora de Enfermería. UCI Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- Cristina Luengo Martínez Almada Contreiras. Diplomada en Enfermería. UCI Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- Esteban Molano Álvarez. Supervisor de Enfermería. UCI Polivalente. Hospital Universitario 12 de Octubre.

- Débora Muñoz Muñoz. Diplomada en Enfermería. UCI General. Hospital Universitario La Paz.
- Felisa Rodríguez Ruiz. Diplomada en Enfermería. UCI. Hospital Universitario de Alcorcón.
- Santiago Sabell Stewart-Howie. Diplomado en Enfermería. UCI. Hospital Universitario Gregorio Marañón.
- Elena Sánchez Aguado. Diplomada en Enfermería. UCI. Hospital Universitario de Alcorcón.
- Mónica Sánchez Hernández. Diplomada en Enfermería. UCI Quirúrgica. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- Teresa Segovia Gómez. Supervisora de Enfermería. Unidad de Úlceras. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- Isabel Vallejo Oliva. Diplomada en Enfermería. UCI General. Hospital Universitario La Paz.

INTRODUCCION

Los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) son candidatos a presentar diarrea e incontinencia fecal transitoria, hecho que les puede agravar otras patologías ya preexistentes. Según un estudio multicéntrico realizado en 2008 en el que participaron 26 unidades de cuidados críticos, la prevalencia de diarrea en UCIs españolas se sitúa en un 7,28% (Izaguirre L. 2008).

La aparición de la diarrea es multifactorial (relacionada con la administración de nutrición enteral, fármacos, alteración de la motilidad gastrointestinal o secundaria a antibióticos y/o relacionada con la propia patología), y puede ocasionar consecuencias graves para el paciente: como alteraciones de la barrera protectora de la piel aumentando su fragilidad, maceración y excoriación, dando lugar a lo que conocemos con el nombre de úlceras por humedad, lo que constituye un gran desafío para el personal de enfermería.

Se ha demostrado que la presencia de un ambiente húmedo multiplica por cinco el riesgo de desarrollar UPP (Keller. BPJA et al. 2002). La incontinencia urinaria y/o fecal incrementa la humedad en la piel actuando ésta última como un mayor factor de riesgo para la lesión dérmica que la incontinencia urinaria (Shannon 1989).

El contacto mantenido de la piel con la humedad genera modificaciones en la estructura y función dérmica, alterándose la barrera cutánea, ocasionando maceración por exceso de humedad, formación de grietas por el aumento del coeficiente de fricción, dermatitis por hidratación y finalmente su rotura. Esta rotura está originada por el contacto con la orina o las heces (acción de las lipasas y proteasas fecales), jabones utilizados (especialmente aniónicos), denudación por el lavado y secado frecuente y el arrastre, favoreciendo las colonizaciones bacterianas y fúngicas (García-Fernández FP, et al. 2006).

Considerando que la incontinencia fecal transitoria y diarrea son comunes entre los pacientes hospitalizados, especialmente en cuidados críticos (Wishin J, et al. 2008) tiene sentido conocer la etiología y diferenciación entre las úlceras por presión y úlceras asociadas a la humedad.

En la práctica clínica diaria, la distinción correcta entre úlcera por presión y úlcera asociada a la humedad es importante porque las medidas preventivas a tomar son diferentes (Beeckman D, et al. 2009), así como los recursos disponibles a utilizar.

En la tabla 1 se muestran algunas características diferenciadoras entre la úlcera por humedad y la úlcera por presión.

Tabla 1. Características diferenciadoras de la úlcera por presión versus la úlcera por humedad.

Tipo de úlcera	Localización	Forma	Profundidad	Necrosis	Bordes	Color
UPP	Prominencias óseas	Heridas circulares	Superficiales - - profundas	Sí, (posible)	Irregulares	Diversos (dependerá del estadio y fase de cicatrización)
UPH	En cualquier localización expuesta a la humedad	Difusas. Diferentes <i>manchas</i> superficiales. "Lesiones en beso".	Generalmente superficiales	No generalmente	Difusos	Enrojecimiento no uniforme y maceración

UPP = Úlcera por presión
UPH = Úlcera por humedad

Hay ocasiones en que además de las posibles lesiones asociadas a la humedad, el paciente crítico puede presentar lesiones preexistentes (úlceras por presión en la zona sacra, heridas quirúrgicas en el postoperatorio inmediato, heridas traumáticas abiertas, quemaduras). En estos casos, si el paciente presenta diarrea se hace difícil la protección de la zona cruenta.

La higiene del paciente y su movilización asociada también representa un problema y una posible fuente de efectos adversos especialmente en aquellos que presentan inestabilidad hemodinámica.

Desde el año 2004 se empezó a utilizar el sistema de control fecal para pacientes con heces líquidas o semilíquidas. Este dispositivo consta de un catéter de silicona blando que, insertado en el recto y fijado mediante un globo de retención, se destina a contener y desviar el débito fecal cuando las heces son líquidas o semi-líquidas.

La necesidad del uso del dispositivo así como el desarrollo de un protocolo de colocación y mantenimiento del mismo se justifica considerando los siguientes aspectos:

- ⊕ Prevención de la infección asociada al contacto con las heces y transmisión de agentes infecciosos (infecciones cruzadas).
- ⊕ Complementar las medidas habituales para prevención de las infecciones cruzadas.
- ⊕ Disminución de los problemas cutáneos de la zona perianal y glútea.
- ⊕ Facilitación de la epitelización.
- ⊕ Minimización del número de aseos, curas, y dosis de sedo-analgésia.
- ⊕ Disminución de los riesgos de retirada accidental de catéteres, sondas y drenajes e intervenciones asociadas a la movilización del paciente para realizar la higiene debido a la incontinencia fecal.
- ⊕ Aumento del confort y dignidad del paciente.
- ⊕ Disminución del consumo de recursos materiales del sistema sanitario, para reducir el gasto.

Todo ello, nos ha llevado a plantear los siguientes **objetivos:**

- Estandarizar los cuidados de los pacientes afectados por presentar diarrea líquida o semi-líquida.
- Sistematizar el uso del dispositivo.
- Elaborar un documento unificado para todo el personal sanitario de la Comunidad de Madrid.
- Optimizar los recursos materiales y humanos.

INDICACIONES DE USO

CRITERIOS DE UTILIZACIÓN DE LA SONDA (DISPOSITIVO FLEXI-SEAL®)

- ▶ Pacientes con heces líquidas o semi-líquidas.
- ▶ Pacientes con lesiones en la piel en la parte posterior del muslo, región glútea y/o perineal¹
 - Heridas quirúrgicas.
 - Úlceras por presión.
 - Quemaduras (Zonas dadoras e injertadas).
 - Gangrena de Fournier.
- ▶ Pacientes con diarrea asociada a la nutrición enteral (DANE)².
- ▶ Pacientes con diarrea secundaria a infección nosocomial o comunitaria (*Clostridium Difficile*, *Salmonella*, etc.)
- ▶ Pacientes en los que las movilizaciones estén contraindicadas o conlleven un riesgo para su patología¹:
 - Inestabilidad hemodinámica
 - Grave compromiso respiratorio y/o neurológico (hipertensión intracraneal, lesionados medulares, etc.)
 - Politraumatismos graves, etc.
 - Pacientes en decúbito prono

CRITERIOS DE NO UTILIZACIÓN DE LA SONDA (DISPOSITIVO FLEXI-SEAL®):

- ✗ Pacientes menores de 18 años.
- ✗ Pacientes con alteración de la mucosa rectal, lesión rectal o anal y sospecha o confirmación de tumor.
- ✗ Pacientes sometidos a intervención quirúrgica rectal en el último año.
- ✗ Pacientes que presenten hemorroides importantes.
- ✗ Pacientes con sensibilidad o alergia a los componentes del dispositivo.
- ✗ Pacientes que presenten deposiciones sólidas, conformadas.
- ✗ Pacientes con coagulopatias severas.

¹ Definición de **Diarrea Asociada a la Nutrición Enteral** (DANE): Presencia de un número igual o superior a 5 deposiciones diarias o al menos 2 deposiciones de 1000 ml cada una en 24 horas.

² En pacientes sin presencia de diarrea se valorará inducción de la misma por el facultativo.

PLAN ASISTENCIAL

Una vez valorada la necesidad de colocar el dispositivo para el control de la incontinencia fecal, y con la prescripción médica correspondiente, se llevarán a cabo los siguientes pasos para la correcta inserción, mantenimiento y extracción del dispositivo Flexi-Seal®.

INTERVENCIONES

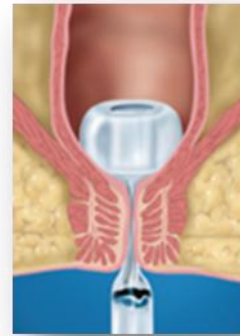
1. PREVIAS A LA INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO

- ▶ **Informar** al paciente del procedimiento que se va a realizar y la importancia de su colaboración, si procede.
- ▶ Valorar la realización de tacto rectal en función de las características del paciente.
- ▶ **Preparar** el **material** necesario para la colocación de la sonda:
 - Set de dispositivo:
 - Sonda (dispositivo Flexi-Seal®)
 - Bolsa colectora con filtro de carbón
 - Jeringa de 45 ml
 - Lubricante hidrosoluble
 - 45 ml de agua
 - Guantes
 - Empapador
- ▶ Realizar higiene de manos.
- ▶ Calzarse guantes.
- ▶ **Comprobar** el buen estado del **balón** de retención.
Para ello inflar con un máximo de 45 ml de agua hasta observar que sobresale la burbuja en el puerto de llenado localizado en el extremo distal de la sonda
- ▶ Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo si es posible, o en decúbito supino con las rodillas flexionadas.
- ▶ Extender la sonda sobre la superficie de la cama.
- ▶ Acoplar la bolsa colectora al extremo de la sonda, diseñada para contener las heces y eliminar el olor y sujetar a los pies de la cama.
- ▶ Extraer completamente el líquido del globo de retención de la sonda, con ayuda de la jeringa.
- ▶ **Lubricar** el globo de retención y el dedo índice, colocando éste en la hendidura adyacente al globo señalada en azul.



2. DURANTE LA INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO

- ▶ **Introducir la sonda** (dispositivo Flexi-Seal®) hasta la ampolla rectal, ayudándonos del dedo.



- ▶ Comprobar que la marca negra circular queda a la altura del ano.
- ▶ Retirar el dedo cuidadosamente para que no salga la sonda.
- ▶ Inflar el balón de retención con 45 ml de agua.
- ▶ Comprobar el indicador de expansión del globo de retención (balón).
Introducir el agua solo hasta que sobresalga la burbuja indicadora de llenado y nunca más de 45 ml, ya que el inflado adecuado del balón minimiza el riesgo de fuga.
- ▶ Tirar suavemente de la sonda comprobando que queda anclada correctamente en el recto.
- ▶ **Verificar** que la **línea negra**, indicadora **de posición**, continúa a la altura del ano.
- ▶ Disponer la sonda a lo largo y entre las piernas del paciente, para evitar acodamientos y/o obstrucciones, así como salidas accidentales en las movilizaciones.
- ▶ Sujetar la bolsa colectora con ayuda de la cinta de sujeción en una posición más baja que la salida de la sonda para facilitar el drenado.

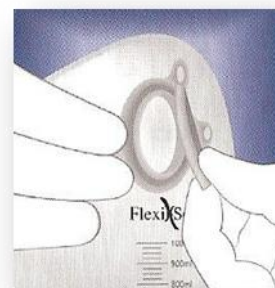


3. POSTERIORES A LA INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO

- ▶ **Valorar** la **tolerancia** del paciente **al dispositivo**.
- ▶ **Comprobar** la consistencia de las **heces**.
- ▶ **Vigilar** el estado de la **piel** y la evolución de las lesiones si se hubiesen producido.
- ▶ **Verificar** el correcto **hinchado** del globo mediante la burbuja indicadora de presión.
- ▶ **Comprobar** periódicamente la **correcta colocación** de la sonda verificando la posición de la marca.
 - Si la línea está muy alejada del ano, es posible que el catéter se haya salido y el globo pueda ser expulsado. En este caso, hay que desinflar el globo, retirar la sonda (dispositivo Flexi-Seal®) y volver a introducirla nuevamente.
 - Si la línea no es visible, la sonda estará demasiado introducida. En este caso será necesario tirar suavemente de la sonda para reposicionar el globo en el suelo anal.
- ▶ **Lavar la sonda** al menos cada ocho horas, y siempre que se sospeche obstrucción, con 20 ml de agua a través del puerto de irrigación.

Administrar enemas, en caso necesario, a través del puerto de irrigación para mantener limpia la luz de la sonda y/o fluidificar las heces.

Verificar que el líquido introducido sale a lo largo de la sonda.
- ▶ **Realizar** movimientos de **ordeño** de la sonda, al menos cada ocho horas, para facilitar la progresión de las heces a través de la misma.
- ▶ **Cambiar** la **bolsa colectora** cuando sea necesario, cerrándola herméticamente con el tapón que incorpora para desecharla.



INDUCCIÓN DE LA DIARREA

Según se ha reflejado en el apartado “Criterios de utilización”, para aquellos pacientes que lo requieran, el facultativo prescribirá Lactulosa vía oral o a través de una sonda nasogástrica con la siguiente pauta:

15 ml cada 24 horas, hasta un máximo de 30 ml cada 8 horas, según sea necesario, para mantener una adecuada consistencia de las heces, de forma que éstas puedan progresar a través del dispositivo sin obstruirlo.

RETIRAR EL DISPOSITIVO

Procederemos a la retirada del dispositivo:

- Una vez resuelto el motivo de colocación de la sonda (dispositivo Flexi-Seal[®]):
 - Si el proceso diarreico ha remitido, es decir, si han pasado más de 24 horas desde la última deposición no semilíquida.
 - Si se han cicatrizado las lesiones que ocasionaron su colocación.
- Si se produce intolerancia al dispositivo por parte del paciente.
- Si han transcurrido más de 29 días desde que se colocó la sonda. Si el proceso diarreico persiste, colocar una nueva sonda Flexi-Seal[®].

Para retirar la sonda (dispositivo Flexi-Seal[®]):

- Desinflar lentamente el globo de retención.
- Sujetar la sonda lo más cerca posible del paciente, traccionando suavemente.
- Desechar la sonda y la bolsa colectora.

REGISTRO

Se dejará constancia registrando en el lugar correspondiente:

- Fecha de colocación de la sonda y de recambio si procede.
- Cantidad de agua utilizada en los lavados para contabilizarlo en el balance de líquidos.
- Cantidad y características del débito de la sonda.
- Valoración de la piel.
- Fugas que se hayan podido presentar.

PACIENTE QUEMADO

1. OBJETIVOS

GENERAL

Disminuir el riesgo de infección en el paciente quemado.

ESPECÍFICOS

- Minimizar el riesgo de infección en las zonas cruentas, donantes e injertadas.
- Reducir la pérdida de injertos.
- Disminuir el número de intervenciones quirúrgicas.
- Reducir el tiempo de recuperación de las lesiones.

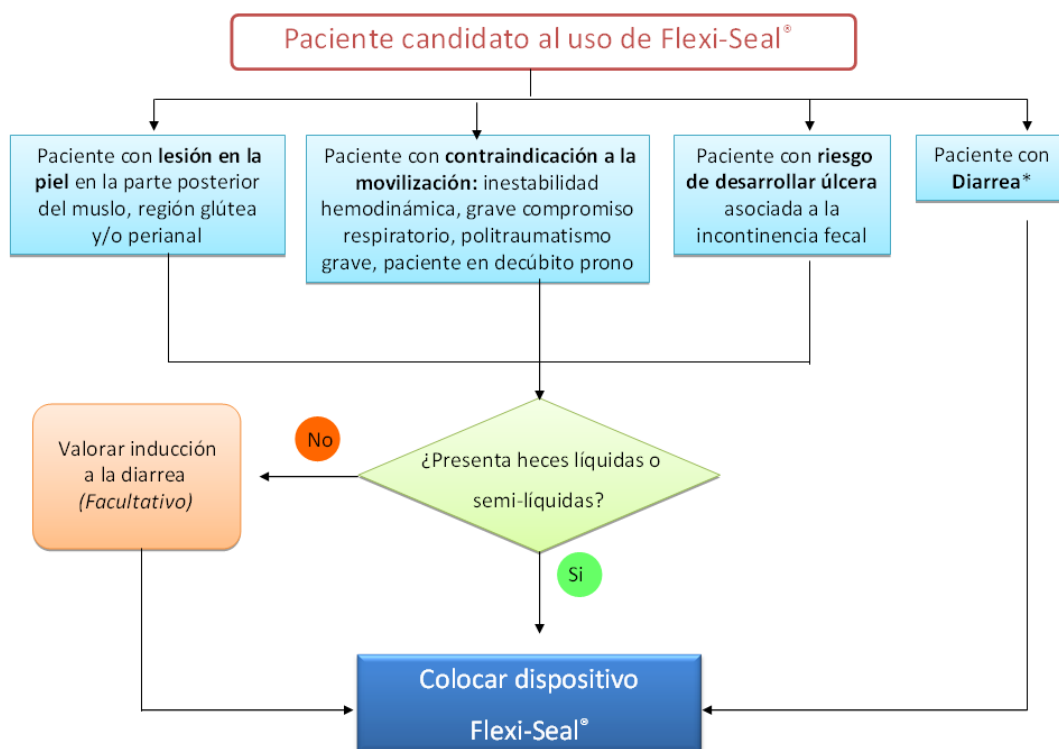
2. CRITERIOS DE UTILIZACIÓN DEL DISPOSITIVO

Se aplicarán los mismos criterios que para el resto de pacientes (ver en criterios generales) y, además, será un criterio específico la presencia de quemaduras, de zonas donantes o de zonas injertadas (ya sean por autoinjertos, homoinjertos o ambos) en las regiones glúteas o en muslos.

3. PAUTAS DE ACTUACIÓN

Se inducirá la diarrea y se colocará el dispositivo de contención tras la primera deposición espontánea o cuando el paciente sea trasladado a quirófano para someterle a la primera cirugía.

ALGORITMO



* Definición de Diarrea Asociada a la Nutrición Enteral (DANE): Presencia de un número igual o superior a 5 deposiciones diarias o al menos 2 deposiciones de un volumen de 1000 ml cada una en 24 horas.

GLOSARIO

INJERTO DE PIEL: Extracción y trasplante de piel sana proveniente de una región del cuerpo a otra, en donde la piel está lesionada. Los injertos de piel pueden ser de varios tipos según el tipo de piel que se use para el trasplante. Así, nos encontramos:

AUTOINJERTO: La piel transplantada es extraída de una región de piel sana procedente del propio paciente.

HOMOINJERTO: La piel transplantada procede de un cadáver.

INJERTOS SINTÉTICOS: La piel usada es completamente sintética.

ZONA DONANTE: Área, fuente o zona de la que se extrae la piel sana para el trasplante.

LESIONES EN BESO: Se trata de lesiones en las que existe una simetría en la lesión, se originan en zonas de pliegue*.

* En una lesión “por beso” o “espejo” (copia de lesión), al menos una de las lesiones es muy probable que se haya causado por humedad (orina, heces, transpiración o exudado de herida).

BIBLIOGRAFÍA

1. Izaguirre Guerricagoitia L. Manejo de las lesiones por humedad en pacientes con diarrea. Estudio multicéntrico en pacientes de unidades de críticos. VII Simposio Nacional. Úlceras por presión y heridas crónicas. 12-14 Noviembre 2008. Tarragona. España.
2. Keller BPJA et al. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. *Intensive Care Med* 2002; 28:1379-1388.
3. García Fernández FP, et al. Incontinencia y úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid 2006.
4. Wishin J, Gallagher TJ, McCann E. Emerging options for the management of fecal incontinence in hospitalized patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2008;35(1):104-10. Review.
5. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J Adv Nurs.* 2009;65 (6):1141-54.
6. Fontán Vinagre G. Protocolo de colocación del dispositivo (Flexi-Seal® FMS) para control de la incontinencia fecal. XXXIV Congreso Nacional de la SEEIUC. 8-11 de junio de 2008. Valencia.
7. Fisterra.com. Aplicación de una sonda rectal. La Coruña: Fisterra.com; [actualizada el 3 de enero de 2005; acceso 13 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>
8. Agra Carregal, Amadeo y Salazar Benito, Concepción. Sondaje Rectal. *Enferurg.com*; 2003 [acceso 13 de abril 2010]. Disponible en: <http://www.enferurg.com>
9. Ares Sánchez, M., Santos Moraga, G. Comunicación presentada en el II Congreso Nacional de Enfermería de Quemados y Cirugía Plástica. Utilización de un dispositivo para el manejo de la incontinencia fecal en el paciente quemado crítico. Málaga 10-12 de Mayo de 2006. España.
10. Segovia Gómez, T. Comunicación Oral presentada en el XXXIII Congreso Nacional de la SEEIUC. Prevención y Curación de las lesiones Cutáneas. Madrid, 3-6 Junio de 2007. España.

11. Barba, S., Fernández-Clemente, M., Martínez, I., Soriano MV. Comunicación oral presentada en el I Seminario Inter Hospitalario: manejo de la diarrea en el paciente crítico Unidades de Críticos de la Comunidad de Madrid. Manejo de la diarrea en el paciente quemado. Madrid, 28 de Abril de 2009. España.
12. A non-surgical device for faecal diversion in the management of perineal burns. France: Science.com; 2007 [actualizada el 18 de abril de 2008; acceso 3 de abril de 2010]. Disponible en: <http://sciencedirect.com>